UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1943-1944. — N° 14

# LA PRIMO-INFECTION TUBERCULEUSE

## à localisation cutanée

## CHEZ L'ENFANT

## THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*présentée et soutenue publiquement le lundi 15 mai 1944*

PAR

**Mademoiselle LABARDE Renée-Suzanne-Marcelle**

Ancienne externe des Hôpitaux

**Née à SOYAUX (Charente), le 14 janvier 1916.**

**Examinateurs de la Thèse**

MM. DUPÉRIÉ, professeur ..... *Président.*

JOULIA, professeur .....

PIÉCHAUD, agrégé ..... *Juges.*

FONTAN, agrégé .....

AGEN

IMPRIMERIE MODERNE

43, RUE VOLTAIRE

1944

**ABARDE (Renée-Suzanne-Marcelle)**

La Primo-infection tuberculeuse à localisation cutanée chez l'enfant. — Agen, Impr. moderne, 1944. In-8°, 59 p.

*(Thèse Médec. Bordeaux. 1943-1944. N° 14.)*

.....

**ABARDE (Renée-Suzanne-Marcelle)**

La Primo-infection tuberculeuse à localisation cutanée chez l'enfant. — Agen, Impr. moderne, 1944. In-8°, 59 p.

*(Thèse Médec. Bordeaux. 1943-1944. N° 14.)*

.....

**ABARDE (Renée-Suzanne-Marcelle)**

La Primo-infection tuberculeuse à localisation cutanée chez l'enfant. — Agen, Impr. moderne, 1944. In-8°, 59 p.

*(Thèse Médec. Bordeaux. 1943-1944. N° 14.)*

.....

**ABARDE (Renée-Suzanne-Marcelle)**

La Primo-infection tuberculeuse à localisation cutanée chez l'enfant. — Agen, Impr. moderne, 1944. In-4°, 59 p.

*(Thèse Médec. Bordeaux. 1943-1944. N° 14.)*

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536514_0025

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1943-1944. — N° 14

# LA PRIMO-INFECTION TUBERCULEUSE

## à localisation cutanée

## CHEZ L'ENFANT

## THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*présentée et soutenue publiquement le lundi 15 mai 1944*

PAR

**Mademoiselle LABARDE Renée-Suzanne-Marcelle**

Ancienne externe des Hôpitaux

**Née à SOYAUX (Charente), le 14 janvier 1916.**

**Examinateurs de la Thèse**

MM. DUPÉRIÉ, professeur ..... *Président.*

JOULIA, professeur ..... *Juges.*

PIÉCHAUD, agrégé ..... *Juges.*

FONTAN, agrégé ..... *Juges.*

AGEN

IMPRIMERIE MODERNE

43, RUE VOLTAIRE

1944

# FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

**DOYEN :** M. MAURIAC.

**ASSESSEUR :** M. LABAT.

**DOYEN HONORAIRE :** M. C. SIGALAS.

**PROFESSEURS HONORAIRES :**

M. DENIGÈS, BEILLE, G. SIGALAS, DUPOUY, A. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ABADIE, ROCHER, LANDE, DUVERGEY.

**PROFESSEURS :**

| | MM. |
|---|---|
| Clinique médicale | MAURIAC. |
| id. | DUPÉRIÉ. |
| Clinique chirur. et gynécol. | JEANNENEY. |
| Clinique chirurgicale | PAPIN. |
| Pathologie et thérapeutique gén. | CARLES. |
| Clinique d'accouchements | RIVIÈRE. |
| Anatomie pathol. et microsc. clin. | DE GRAILLY. |
| Anatomie | VILLEMIN. |
| Anatomie générale et histologie | G. DUBREUIL. |
| Hygiène | LEURET. |
| Médecine légale et déontologie | N. |
| Electroradiol. et clin. d'él. médic. | RÉCHOU. |
| Chimie | CHELLE. |
| Botanique et matière médicale | GOLSE. |
| Pharmacie | VITTE. |
| Physiologie | FABRE. |

| | MM. |
|---|---|
| Zoologie et parasitologie | R. SIGALA |
| Médecine expérimentale | AUBERTIN |
| Clinique ophtalmologique | BEAUVIEU |
| Clinique chirurg. inf. et orthop. | LOUBAT. |
| Clin. des maladies infectieuses | DAMADE. |
| Chimie biologique et médicale | MACHEBŒUF. |
| Physique méd. et pharmaceutique | WANGERMEZ. |
| Méd. col. et clin. mal. exotiques | BONNIN. |
| Clin. malad. cutanées et syphilit. | JOULIA. |
| Clin. des mal. des voies urinaires | DARGET. |
| Clin. mal. nerveuses et mentales | DELMAS-MARSALE |
| Clin. d'oto-rhino-laryngologie | PORTMANN |
| Toxicologie et hygiène appliquée | LABAT. |
| Hydrologie thérap. et climatol. | CREYX. |
| Clinique odonto-stomatologique | DUBECQ. |

MM. LACOSTE (Histologie). PÉRY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). CHARRIER (Chirurgie générale). FAUGÈRE (Obstétrique).

**AGRÉGÉS EN EXERCICE :**

| | MM. |
|---|---|
| Anatomie | DUFOUR. |
| Physiologie | FRANCK. |
| Médecine générale | PIÉCHAUD. |
| id. | N. |
| id. | FONTAN. |
| id. | BROUSTET. |
| id. | DERVILLÉE. |
| id. | SARIC. |
| id. | DUBARRY. |
| Chirurgie générale | N. |
| id. | MASSÉ. |
| id. | N. |
| id. | MAGENDIE. |

| | MM. |
|---|---|
| Chirurgie générale | POUYANNE |
| Obstétrique | N. |
| id. | MAHON. |
| Ophtalmologie | N. |
| Oto-rhino-laryngologie | DESPONS. |
| Dermatologie et syphiligraphie | N. |
| Physique médicale | N. |
| Chimie gén. pharm. et toxicol. | CASTAGNO |
| Histoire natur. pharmaceutique | GIRARD. |
| Pharmacie | MESNARD. |
| id. | GRANGER. |
| Histoire natur. méd. et parasitol. | R. MANDOU |

**COURS COMPLÉMENTAIRES :**

| | MM. |
|---|---|
| Médecine opératoire | N. |
| Accouchements | MAHON. |
| Puériculture | FAUGÈRE. |
| Zoologie et parasitologie | R. MANDOUL. |
| Médecine légale | DERVILLÉE. |
| Urologie | N. |
| Législation pharmaceutique | POPLAWSKI. |
| Ohptalmologie | N. |

| | MM. |
|---|---|
| Anatomie | BEAUVIEU |
| Chimie minérale | CASTAGNO |
| Botanique | GIRARD. |
| Cryptogamie | GIRARD. |
| Pharmacie galénique | MESNARD. |
| Bactériologie | MOUREAU. |
| Physiologie | N. |
| Chimie biologique | TAYEAU. |

*Le Secrétaire de la Faculté :* M. ROUGERIE.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A LA MÉMOIRE DE MES CHERS DISPARUS

---

A MA MÈRE, A MON PÈRE

---

A MA GRAND'MÈRE

A MES ONCLES ET A MES TANTES

---

A TOUS LES MIENS

---

A MES AMIS ET AMIES

A TOUS MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX

## A MES MAITRES DES HOPITAUX

1938. Monsieur le Professeur CREYX

1939. Monsieur le Professeur ROCHER

Monsieur le Professeur POUYANNE

Monsieur le Professeur MAGENDIE

Monsieur le Docteur LACHAPÈLE

1940. Monsieur le Professeur CARLES

Monsieur le Professeur GUYOT

Monsieur le Professeur DAMADE

1941. Monsieur le Professeur DE GRAILLY

Monsieur le Professeur JEANNENEY

Monsieur le Docteur GOUMAIN

1942. Monsieur le Professeur CRUCHET

Monsieur le Professeur FONTAN

Monsieur le Docteur VERGER

Monsieur le Docteur Fr. LEURET

Monsieur le Docteur LECOULANT

1943. Monsieur le Professeur PIÉCHAUD

Monsieur le Professeur DUPÉRIÉ

Qui avec une parfaite bienveillance n'ont cessé de nous guider de leurs conseils éclairés.

Nous leur adressons nos remerciements et l'expression de notre profonde reconnaissance pour ce qu'ils nous ont appris et pour les marques de sympathie qu'ils nous ont toujours témoignées.

## A MON MAITRE

### Monsieur le Professeur agrégé FONTAN

*Médecin des Hôpitaux*
*Officier d'Académie*

Qui a guidé avec bienveillance mes débuts en médecine et qui m'a inspiré le sujet de cette thèse.

Qu'il soit assuré de mon sincère attachement et de ma profonde reconnaissance.

# A MON MAITRE

## Monsieur le Professeur agrégé PIÉCHAUD

*Médecin des Hôpitaux*
*Chevalier de la Légion d'honneur*
*Croix de guerre*
*Médaille d'honneur des épidémies*
*Officier de l'Instruction publique*

Mon cher Maitre,

Je garde des six mois passés au sanatorium dans votre service un délicieux souvenir.

Je vous remercie de l'affectueuse sollicitude que vous m'avez toujours témoignée et de la direction que vous m'avez donnée dans ma carrière médicale.

Je vous prie d'accepter, avec l'expression de ma vive reconnaissance, mes sentiments de profonde admiration pour vos qualités d'homme et de médecin.

A Monsieur le Professeur JOULIA

*Professeur de clinique*
*des maladies cutanées et syphilitiques*
*Officier d'Académie*

Auprès de qui j'ai trouvé l'accueil le plus bienveillant.

Qu'il reçoive tous mes remerciements pour avoir bien voulu faire partie de mon jury de thèse et l'expression de ma vive reconnaissance.

## A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

### Monsieur le Professeur DUPÉRIÉ

*Professeur de clinique médicale*
*Médecin des Hôpitaux*
*Chevalier de la Légion d'honneur*
*Officier de l'Instruction publique*

Mon cher Maitre,

Je vous prie de trouver ici l'hommage de toute ma gratitude pour le brillant enseignement dont vous m'avez fait profiter, pour les conseils que vous m'avez prodigués dans votre service.

Une nouvelle dette de reconnaissance m'attache à vous pour l'honneur que vous me faites en acceptant de présider cette thèse.

# LA PRIMO-INFECTION TUBERCULEUSE

## à localisation cutanée

## CHEZ L'ENFANT

---

### INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion d'observer récemment dans le service de notre Maître, M. le professeur Fontan, un cas de primo-infection cutanée tuberculeuse chez une enfant de six mois. Il s'agit là d'une lésion rare devant laquelle il est parfois difficile d'affirmer qu'on est en présence d'une primo infection et non pas de simples lésions de surinfection celles-ci beaucoup plus fréquentes.

Le cas que nous avons observé nous a paru particulièrement digne d'intérêt par les circonstances qui l'accompagnaient : il s'agit d'un nourrisson très jeune, âgé seulement de 6 mois, ayant reçu du B. C. G. par voie buccale à la naissance ; la lésion d'abord typique (phlyctène roussâtre ayant laissé après elle une ulcération) a pris rapidement l'aspect d'un lupus.

S'agit-il là d'un cas de primo-infection ? Un certain nombre d'arguments semblent le prouver. Cependant l'enfant ayant été vacciné au B. C. G., ne pourrait-on pas alors penser que l'inoculation cutanée survenue avant l'établissement

complet de l'allergie aurait donné un chancre, qui bientôt du fait de l'évolution de l'action du B. C. G. aurait pris l'aspect lupique qui est presque toujours celui des lésions de surinfection ?

Nous rapporterons également le cas d'un nourrisson vacciné au B. C. G. ayant présenté un aspect atypique de la scarification accompagné d'une adénopathie axillaire, accident d'apparence clinique bénigne, qui n'a jamais été signalé par Nègre et Bretey qui ont mis au point cette vaccination.

A propos de ces cas troublants, nous allons passer en revue les notions acquises jusqu'à ce jour au sujet de la primo-infection cutanée tuberculeuse.

## PRÉAMBULE

On désigne sous le nom de primo-infection tuberculeuse les lésions anatomiques correspondant à la fixation du bacille de Koch dans un organisme neuf et les syndrômes cliniques qui en dépendent.

Depuis longtemps déjà, Conheim avait fait remarquer que le bacille de Koch produit toujours, au point où il pénètre dans l'organisme, une lésion tuberculeuse avec engorgement des ganglions lymphatiques des territoires correspondants.

Parrot avait observé ce phénomène au niveau du hile du poumon et désigné l'adénopathie sous le nom « d'adénopathie similaire ».

L'observation de ce stade anatomo-clinique initial de l'infection tuberculeuse désigné sous le nom de « complexe primaire » a servi de base à de nombreux auteurs pour élaborer une théorie sur l'évolution générale de la tuberculose dans l'organisme.

Ranke, superposant l'évolution de l'infection tuberculeuse à celle de l'infection syphilitique, distingue trois stades.

Le stade I est caractérisé par la constitution du complexe primaire ou chancre d'inoculation et des lésions ganglionnaires homologues. C'est un stade de courte durée s'étendant sur une période de trois mois environ. Durant ce stade qui est souvent absolument silencieux, on voit dans 10 à 20 % des cas survenir une fièvre d'invasion tuberculeuse sous forme de typho-bacillose ou d'érythème noueux. On peut trouver à ce stade par l'examen radiologique (s'il s'agit d'un complexe primaire ganglio-pulmonaire) des réactions congestives périfocales plus ou moins étendues déterminées par le chancre et la lésion ganglionnaire ; ce sont ces réactions qui, lorsqu'elles prennent une certaine importance, sont désignées sous le nom d'épituberculoses primaires.

Au point de vue biologique ce stade I est la phase pendant laquelle s'élabore la sensibilisation allergique de l'organisme

A la fin de ce stade on peut voir déjà survenir les premières méningites d'apparence primitive. Cette fin du stade I est difficile à séparer du début du stade II ; il n'y a en réalité pas de barrière étanché entre les deux.

Le stade II est une phase de dissémination hématogène des bacilles de Koch.

Au point de vue biologique, c'est une phase d'hyperallergie tuberculinique. On peut y voir survenir deux ordres de manifestations en apparence contradictoires : des réactions pulmonaires curables périfocales ou épituberculoses secondaires des auteurs allemands et des localisations à distance telles que méningites (surtout chez le jeune enfant), pleurésies (chez l'enfant plus âgé) péritonites à forme ascitique, spina-ventosa, kératites phlycténulaires, manifestations rhumatoïdes.

La durée de ce stade s'étend habituellement sur plusieurs années (dix ans et plus). Les essaimages bacillifères à distance, fréquents au début, vont ensuite en se raréfiant alors que la réaction tuberculinique diminue d'intensité. Ces phénomènes annoncent le stade suivant.

Le stade III est le stade de localisation du processus tuberculeux. On voit s'édifier des lésions locales à évolution lente, profondément destructives, très riches en bacilles ; c'est le stade de la tuberculose chronique classique.

Si le sujet est réinfecté durant le stade I ou au début du stade II, on peut voir survenir une modification notable de l'évolution normale des lésions. C'est ainsi que le chancre peut être transformé en caverne primaire, les épituberculoses habituellement bénignes en pneumonies caséeuses.

Une théorie différente a été émise par Calmette.

Pour Calmette, le bacille de Koch pénètre rarement dans l'organisme par inhalation ; la voie digestive est la plus fréquente. Le bacille pénètre par les formations lymphoïdes de l'intestin et aussi par les cellules épithéliales entièrement protoplasmiques chez le nouveau-né ; de là il gagne les ganglions du mésentère. L'infection peut s'arrêter là et la guérison est complète ; ou bien l'infection tuberculeuse peut se généraliser soit par voie sanguine, soit par voie lymphatique Dans ce dernier cas, le germe envahit progressivement les

territoires lymphatiques voisins traversant les lymphatiques du diaphragme, atteignant bientôt les ganglions médiastinaux, d'où il pourra infecter le poumon par lymphangite rétrograde. Cet envahissement pulmonaire par lymphangite rétrograde a été étudié expérimentalement par l'Ecole Bordelaise sous la direction de M. le professeur Leuret.

Dans le cas de généralisation par voie sanguine les produits de caséification des ganglions mésentériques déversés dans le courant lymphatique tombent rapidement dans le courant sanguin et vont donner lieu à des embolies capillaires qui formeront, là où elles s'arrêteront, des foyers tuberculeux. Les points d'élection pour ces embolies capillaires sont le poumon et les ganglions du médiastin.

D'où il résulte pour Calmette que l'adénopathie trachéobronchique n'est pas le résultat d'une infection primitive du poumon ; elle est la localisation initiale d'un processus tuberculeux dont la porte d'entrée s'est faite au niveau de la muqueuse digestive (intestinale le plus souvent). Il ne restera d'ailleurs ultérieurement aucune trace de cette porte d'entrée.

Cette théorie, comme on le voit, s'oppose complètement à la précédente. Calmette nie entièrement la loi de « l'adénopathie similaire » émise par Parrot.

Tels sont les schémas élaborés par de nombreux auteurs français et étrangers au sujet de l'évolution de l'infection tuberculeuse. Conceptions assez floues et controversées, représentant plutôt des hypothèses que des certitudes par suite de la difficulté de saisir, d'une façon précise, les divers stades de cette affection évoluant dans la grande majorité des cas sur le poumon où, seules, la clinique déficiente et la radiologie avec toutes ses difficultés d'interprétation nous permettent de nous orienter.

De là l'intérêt doctrinal fondamental de la primo-infection tuberculeuse à porte d'entrée cutanée qui nous permet de « suivre sous nos yeux et dans nos mains, pour ainsi dire, « toutes les phases de l'infection tuberculeuse ». (Cibils Aguirre.)

On pourra étudier de façon plus précise le « complexe primaire » et fixer ainsi le début de la maladie et de ce stade primaire de même que sa durée.

Les observations de primo-infection cutanée tuberculeuse

sont rares et beaucoup d'entre elles ne permettent pas d'affirmer avec certitude qu'il s'agit réellement de primo-infection. Cependant nous verrons à l'étude clinique que les auteurs ont décrit à la lésion cutanée primaire quelques aspects typiques à côté desquels il faut ranger un certain nombre de formes anormales dont la nature a été discutée

Monique H... lésion lupoïde de la joue
avec adénopathie satellite,

(Observation personnelle I)

## OBSERVATIONS PERSONNELLES

### Observation I

Sur un cas de primo-infection tuberculeuse cutanée apparue chez un nourrisson de 6 mois vacciné au B. C. G.

Par MM. Fontan, Verger, Bentegeat et Mouliès.

11 janvier 1944.

Monique H. a reçu le B. C. G. par voie buccale dix jours après sa naissance. Elle est restée en contact avec un père tuberculeux contagieux qui l'embrasse souvent.

A l'âge de 6 mois, elle présente, disent les parents, « un petit bouton » sur la pommette gauche à la suite d'une piqûre de moustique.

Au bout de quinze jours, une petite phlyctène se serait formée au sommet de la papule et se serait ouverte, laissant après quinze jours environ une ulcération. Deux mois environ après l'apparition du « bouton », une tuméfaction du ganglion prétragien serait apparue. Une semaine environ avant l'entrée de l'enfant dans le service, vers l'âge de 9 mois, la peau a rougi au niveau de l'adénopathie dont le volume augmentait.

L'enfant se présente comme un beau bébé dont l'état général n'est pas altéré.

A l'examen, on note au niveau de la joue gauche, dans la région de la pommette :

1) Un petit placard, irrégulièrement ovalaire de la taille d'une pièce de 50 centimes environ, comprenant un centre légèrement déprimé, atrophique et dépigmenté, et une périphérie paraissant un petit peu surélevée, irrégulière, parse-

mée de lésions de la taille d'une tête d'épingle d'acier à celle d'un grain de millet.

Ces dernières lésions paraissent à première vue formées d'un centre plus clair. Ceci se confirme nettement à la vitropression et on a l'impression qu'il s'agit de lupomes très nombreux et très disséminés et de dimensions très réduites.

La palpation générale de la lésion révèle un léger degré d'infiltration généralisée. Il ne semble pas y avoir de sensibilité spéciale au coup d'ongle.

2) A deux centimètres en arrière de cette lésion et immédiatement au niveau de la situation anatomique du ganglion prétragien, on trouve une masse arrondie de la taille d'une noisette, saillante, infiltrant nettement les plans profonds. Cette lésion est recouverte d'une peau nettement amincie, violacée, desquamante. La palpation donne l'impression d'une fluctuation.

3) A un centimètre au-dessus de cette lésion ganglionnaire, on trouve deux ou trois petits points naissant sur une zone légèrement erythémateuse, et dont l'un, surtout, fait fortement penser à un lupome et présente en tout cas une grande analogie avec les lésions du placard central.

Il ne paraît pas y avoir de lésions endo-buccales (compte rendu du docteur Fallot, chef de clinique dermatologique.)

Une adénopathie sous angulo-maxillaire est perceptible du même côté que la lésion, de même que la chaine carotidienne. Ces ganglions sont petits, durs, mobiles sous le doigt. Du côté opposé, la palpation ne révèle que quelques ganglions sous-maxillaires beaucoup moins volumineux.

La cuti-réaction est fortement papuleuse.

Le 9 novembre 1943 (trois mois après le début de la lésion) une radiographie pulmonaire est pratiquée. Elle montre quelques ombres hilaires assez banales. Aucun chancre d'inoculation n'est visible dans le tissu pulmonaire.

Un nouveau cliché radiographique pratiqué au bout de quelque temps montra d'ailleurs l'intégrité du thorax.

Une ponction du ganglion prétragien ramena un pus grumeleux dans lequel l'examen direct montra de rares bacilles acido-résistants. Envoyé à l'Institut Pasteur de Paris, il donna « en vingt-deux jours après ensemencement sur milieu

« à l'œuf des colonies de bacilles acido-alcoolo résistants « présentant les caractères morphologiques et culturels du « bacille tuberculeux du type humain. Ces caractères permet- « tent à coup sûr d'éliminer une infection par un bacille bovin « virulent. Ils sont aussi différents de ceux que présente le « B. C. G. en culture ». (Docteur Laporte, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur.)

L'inoculation a précisé que la souche obtenue avait une virulence atténuée.

La petite malade a été confiée au service de dermatologie et nous pensons que des séances de galvano-cautération sont particulièrement indiquées pour traiter ces lésions cutanées lupoïdes à tendance extensive.

S'agit-il vraiment dans cette observation d'une primo-infection cutanée tuberculeuse ? Ne s'agirait-il pas plutôt d'une lésion de surinfection d'un simple lupus ? L'aspect atypique de la lésion cutanée conduit à cette hypothèse. Cependant l'importance de la masse ganglionnaire par rapport à cette petite lésion, la présence de B. K. à l'examen direct du pus, et le caractère de bacille humain retrouvé à l'ensemencement ne sont-ils pas nettement en faveur d'un complexe primaire ?

Un point très intéressant à noter est le suivant : Cette enfant avait reçu du B. C. G. par voie buccale, il est vrai. Il n'est pas question de l'incriminer pour une lésion cutanée à bacilles humains ; mais n'aurait-il pas entraîné chez notre petite malade une modification du terrain conduisant à l'apparition de la lésion cutanée atypique d'aspect lupoïde ? A cette question la réponse ne saurait être qu'hypothétique. Elle nous semble cependant d'un intérêt spéculatif très vif

L'immunité produite par le B. C. G. vient de la présence dans l'organisme d'un bacille tuberculeux vivant atténué. Cette immunité disparaîtrait quand le germe est éliminé. L'administration du B. C. G. par voie buccale entraîne, nous le savons, l'apparition du phénomène d'allergie au bout d'un an et par scarification au bout de quarante jours. Mais assez souvent, au bout des délais sus-indiqués, ce phénomène n'est pas encore apparu et la cuti-réaction demeure négative. Est-ce à dire que l'immunité ne soit pas établie dans ce cas ? Rien ne permet de le penser. Le phénomène d'allergie, tra-

duit par la présence d'une cuti-réaction positive, correspond à une modification humorale différente de l'immunité.

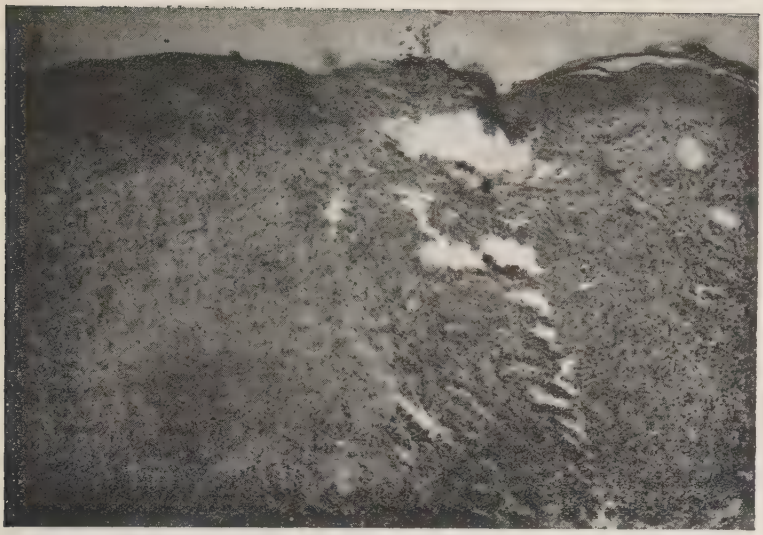
L'allergie conférée par le B. C. G., quand elle existe, est fugace et peu intense (cuti faiblement positive).

Chez notre petite malade l'état d'allergie existait et d'une façon très intense, puisque, nous l'avons vu, la cuti était extrêmement positive (fortement papuleuse), par conséquent bien différente de l'état d'allergie faible et fugace conféré par le B. C. G. Donc cet état était bien sous la dépendance de l'infection, non de la vaccination.

L'état allergique produit par le B. C. G. aurait-il pu déterminer, lors de l'infection cutanée par le bacille paternel, un phénomène de Koch ? Ce phénomène n'a pas été signalé pour le B. C. G. et certains auteurs ont émis l'idée qu'il ne se produirait qu'après une primo-infection antérieure, par un bacille virulent et non une souche atténuée telle que le B. C. G.

Mais la chose est difficile à prouver car aucune expérience n'a été faite sur le cobaye. En clinique, le plus souvent, lorsqu'un enfant vacciné par le B. C. G. est ultérieurement contaminé, la porte d'entrée du bacille virulent est soit pulmonaire, soit digestive, et on ne peut voir là se produire le phénomène de Koch. D'autre part, nous ne trouvons pas trace dans la littérature de chancre cutané survenant chez un vacciné par le B. C. G.

Nous pouvons affirmer une seule chose : c'est que, dans notre cas, le phénomène de Koch n'a pas eu lieu ; il semble s'agir plutôt d'un phénomène d'immunité puisque, comme un adulte, la petite malade a fait un lupus au lieu d'une lésion ulcéreuse. Une restriction est à apporter cependant à cette hypothèse : le bacille isolé du pus ganglionnaire appartenait à une souche atténuée. Le peu de virulence de ce germe ne serait-elle pas à l'origine de la modification de la lésion cutanée que nous attribuons au B. C. G. Il est impossible de résoudre la question, mais nous inclinons plutôt vers l'hypothèse du B. C. G. Nous allons essayer de trouver un complément d'informations par la culture des bacilles paternels pour voir s'ils n'appartiennent pas eux aussi à une source de virulence atténuée.



J. Jacques B...

En bas à gauche : point de caséification qui centre un amas épithéloïde.

## Observation II

J.-Jacques B., né le 9 octobre 1943 de parents en bonne santé. Il pesait à sa naissance 2 kgr. 720, il a reçu le B. C. G. par scarification à la maternité. Sa mère l'a nourri au sein complétant les tétées par le lait pour « nourrissons de la ville » à partir du quatrième mois.

Dans ses antécédents, nous relevons sur la fiche du dispensaire, dont il a suivi les consultations très régulièrement, des vomissements survenus à l'âge d'un mois, une poussée d'eczéma et une diarrhée prandiale. La cuti-réaction était positive au quarantième jour.

Les troubles digestifs ont été traités par des repas épaissis et la potion de Marfan. La persistance des vomissements a

incité à pratiquer un examen radiologique de l'estomac qui n'a révélé aucun retard d'évacuation.

A l'âge de 2 mois, une nette amélioration s'était produite, l'enfant prenait 150 grammes par semaine ; mais un nouvel arrêt de la courbe de poids incite à pratiquer des frictions mercurielles.

Le 28 janvier, à l'âge de 3 mois et demi, la mère nous signale une grosseur apparue dans l'aisselle droite et dont elle a constaté l'existence une quinzaine de jours auparavant.

Il s'agit d'une adénopathie du volume d'une noix environ qui paraît formée de 2 ou 3 ganglions hypertrophiés avec légère périadénite sans adhérence de la peau. Cette réaction ganglionnaire paraît correspondre aux scarifications du B. C. G. qui ont pris un aspect un peu lupoïde. Cet aspect nous semble se confirmer lorsque nous voyons l'enfant huit jours après. Malgré l'application de pommade à l'iodex les adénopathies persistent. Nous faisons pratiquer une radiographie pulmonaire qui nous semble révéler un élargissement du médiastin supérieur et une diminution de la transparence pulmonaire surtout appréciable au niveau du lobe supérieur droit où la trame nous paraît un peu plus marquée. Mais il s'agit d'anomalies très discrètes, difficiles à apprécier chez un nourrisson de cet âge.

Le 18 février, à l'âge de 4 mois, nous ponctionnons l'adénopathie qui semble avoir augmenté de volume et dont la périadénite s'est accentuée. Nous retirons quelques gouttes de pus qui ne contient pas de germes à l'examen direct (au Ziehl et au Gram). Nous envoyons un échantillon à M. Laporte, à l'Institut Pasteur de Paris, pour culture et éventuellement identification.

De nouvelles ponctions sont pratiquées le 3 mars et le 10 mars avec les mêmes résultats. Mais, à partir de cette dernière date, un véritable abcès froid s'est constitué, la collection est tendue et fluctuante, la peau a rougi et la fistulisation se produit le 17 mars.

Cependant durant toute cette évolution, l'état général de l'enfant ne paraît pas altéré, le gain pondéral varie entre 15 et 30 grammes par jour. Une nouvelle radiographie est pratiquée, elle semble montrer une certaine régression des anomalies signalées plus haut.

Nous avons sollicité l'avis de plusieurs dermatologistes M. Fallot, qui a constamment suivi l'enfant, a estimé tout d'abord que les lésions ne présentaient pas de caractères bacillaires évidents. Son opinion s'est modifiée avec l'aspect des lésions, et c'est d'accord avec le professeur Joulia et M. Le Coulant qu'il conclut maintenant à une lésion d'aspect lupoïde.

Nous avons demandé qu'une nouvelle cuti-réaction soit pratiquée ; le degré de sa positivité sera susceptible de confirmer le rôle d'un bacille virulent dans l'étiologie de ces lésions. On sait que le B. C. G. donne ordinairement des cuti-réactions précoces, fugaces et peu intenses.

Mais c'est évidemment l'ensemencement et l'inoculation qui nous donneront la preuve bactériologique et surtout qui nous permettront de conclure à l'origine bovine ou humaine de l'inoculation bacillaire, si celle-ci se confirme définitivement.

Une biopsie d'une des trois lésions cutanées, correspondant aux trois scarifications, vient d'être pratiquée. Nous attendons le résultat de ce dernier examen.

L'enquête effectuée à domicile par l'Assistante sociale n'a révélé aucune source de contamination.

La localisation de la lésion lupoïde et de l'adénopathie correspondante, l'absence d'inoculation vraisemblablement possible à ce niveau nous incitent à incriminer le vaccin délivré sous le nom de B. C. G. Il est d'ailleurs à remarquer qu'il s'agit apparemment d'un germe peu virulent, puisque la lésion primaire a pris l'aspect d'un lupus et non d'une ulcération, et que l'état général de l'enfant n'a pas été altéré, aucune généralisation tuberculeuse n'apparaissant jusqu'à présent.

Le 6 avril, à l'âge de 6 mois, une nouvelle cuti-réaction est pratiquée qui se montre phlycténulaire : au niveau des deux scarifications minuscules existent deux plaques mesurant environ 1 centimètre carré et constituées par une agglomération de petites phlyctènes du volume chacune d'une tête d'épingle.

Une nouvelle radiographie, pratiquée ce même jour, montre une image thoracique normale.

Nous recevons à la même date le résultat de l'examen du

pus ganglionnaire envoyé à l'Institut Pasteur : « Les pre
« mières constatations semblent confirmer l'hypothèse de
« réactions ganglionnaires dues au bacille-vaccin. Jusqu'à
« présent les tubes de milieu à l'œuf ensemencés sont restés
« stériles et les cobayes inoculés ne présentent pas de réac-
« tions ganglionnaires au foyer d'inoculation. De plus, ils
« sont devenus, du fait de l'inoculation, très faiblement sen-
« sibles à l'intradermo-tuberculination. Ce sont là des faits
« tout à fait en faveur de la présence du B. C. G. dans les
« produits examinés. Le dernier échantillon contenant quel-
« ques bacilles acido-résistants trop peu nombreux d'ailleurs
« pour avoir de grandes chances de réussir un isolement par
« cultures. » (Dr Laporte, Institut Pasteur de Paris.)

L'examen microscopique de la lésion cutanée pratiquée après biopsie donne le résultat suivant : « Au-dessous de « l'épiderme on rencontre un nodule vaguement arrondi, à « bords festonnés, formé de cellules lymphoïdes et de cellu- « les épithélioïdes nombreuses. On n'a pas trouvé de cellules « géantes.

« Sur l'une des préparations on note la présence d'un « point de caséification qui centre un amas épithélioïde.

« Par ailleurs, il n'y a pas de modifications très notables « et ce nodule est tout à fait limité.

« En résumé : lésion de l'ordre de la tuberculose avec « caséification, sans réaction giganto-cellulaire. » (Clinique dermatologique du professeur Joulia. Faculté de médecine de Bordeaux.)

Ces résultats nous permettent de confirmer l'hypothèse déjà émise : il semble bien s'agir dans ce cas d'un « complexe primaire cutané » atténué, du au B. C. G. qui a manifesté là une virulence locale que nous ne lui connaissions pas et que nous ne nous expliquons pas.

## ÉTIOLOGIE

Ainsi que le démontrent les observations cliniques et expérimentales, la peau est, de tous les organes du corps humain, celui qui offre les conditions les moins favorables à la fixation, à la pénétration et à la multiplication des bacilles, d'où la rareté des chancres d'inoculation de la peau.

Pour que cette inoculation ait lieu, il faudra que deux conditions soient réalisées :

1° une source de bacilles virulents ;

2° une lésion cutanée, aussi minime soit-elle, permettant l'entrée du bacille.

3° A ces deux facteurs devra être ajoutée la notion d'un terrain spécial vierge d'atteinte tuberculeuse antérieure.

La première condition se trouve en règle générale réalisée dans le milieu familial ; le plus souvent, le chancre d'inoculation cutané tuberculeux survient chez un enfant en contact avec une personne (père, mère, grand'mère, nourrice) porteuse d'une lésion tuberculeuse ouverte.

Pour le second point, différents cas sont à considérer :

*a*) La lésion cutanée passe inaperçue.

La lésion cutanée est souvent difficile à mettre en évidence ; très minime elle passe le plus souvent inaperçue. C'est ainsi que fréquemment on verra simplement survenir le chancre chez un jeune enfant en contact avec un parent atteint de tuberculose ouverte. Il faut ici insister, comme l'ont fait remarquer de nombreux auteurs, en particulier Cibils Aguirre et Comby sur le rôle du baiser chez l'enfant

Telle est cette observation publiée par M. H. Janet, M^me^ Odier Dollfus et Wolinetz (*Bulletin de la Société de pédiatrie de Paris*. Séance du 2 avril 1937, page 232.)

Observation (résumée)

Une enfant de 2 ans fait un chancre tuberculeux de la racine du nez, un peu à gauche de la ligne médiane, avec apparition simultanée d'une tuméfaction d'un ganglion sous-maxillaire du même côté.

La cuti-réaction à la tuberculine est fortement positive, papulo-vésiculeuse un mois après le début de la maladie.

L'examen bactériologique de la sérosité prélevée sur l'ulcération et du pus ganglionnaire montrent tous les deux la présence de bacilles de Koch.

Examen radiologique du thorax normal.

Six semaines environ avant le début de la lésion cutanée l'enfant avait été en contact avec sa grand'mère, morte bacillaire peu de temps après et qui embrassait fréquemment l'enfant.

Telle également cette observation de Cibils Aguirre, Armand Delille et Wolinetz. (*Bulletin de la Société de pédiatrie de Paris*. Séance du 21 décembre 1937.)

Observation (résumée)

Enfant de 16 mois présentant une ulcération de la joue droite ayant tous les caractères du chancre tuberculeux et une adénopathie cervicale satellite.

Cuti-réaction fortement positive.

Présence de bacilles de Koch dans le pus ganglionnaire. Inoculation au cobaye positive. Examen radiologique du thorax normal.

La jeune mère de cette enfant était porteuse d'une lésion bacillaire ouverte dont elle ignorait l'existence.

Lesné a observé également un chancre de la joue chez un enfant vivant auprès d'une nourrice tuberculeuse.

Léon Bernard, Marcel Lelong, Lamy et Mlle Gauthier Villars signalent de même un chancre de la joue survenu chez une enfant de quatre mois embrassée fréquemment par sa mère tuberculeuse.

Il existait probablement dans ces cas une excoriation cutanée banale si minime qu'elle avait passé inaperçue.

*b*) Le bacille de Koch entre à la faveur d'une lésion cutanée préexistante.

Ce cas est plus rare, semble-t-il, que le précédent ; cependant dans notre observation personnelle I nous voyons survenir la lésion cutanée à la suite d'une piqûre de moustique.

Cibils Aguirre a vu également apparaître un chancre à la face interne de la cuisse à la suite d'un furoncle.

Il cite également le cas suivant : (*Bulletin de la Société de pédiatrie de Paris*. Séance du 16 mars 1937, page 640.)

Observation (résumée)

Enfant âgée de 7 ans ayant présenté une excoriation du talon due au frottement du soulier pansée quotidiennement par une mère atteinte de tuberculose pulmonaire ouverte. Au bout d'un mois, apparition d'une adénopathie inguinale du même côté avec fièvre vespérale ; dix jours plus tard apparition d'un érythème noueux typique aux deux membres inférieurs alors que la lésion du talon est à peu près cicatrisée.

Réaction tuberculinique fortement positive.

La ponction du pus ganglionaire montre la présence de BK.

Examen clinique et radiologique du thorax normal.

Il semble donc bien dans ce cas que le bacille de Koch ait pénétré par la lésion cutanée du talon ensemencée par la mère produisant ensuite l'adénopathie satellite puis l'érythème noueux

*c*) Enfin, on a observé parfois l'apparition du chancre cutané à la suite d'une plaie opératoire ou accidentelle simultanément infectée par le bacille de Koch.

Tels sont les chancres survenant à la suite de la circoncision rituelle accomplie par un opérateur tuberculeux.

Voici également un cas cité par Marcel Lelong et Lereboullet (*Archives françaises de pédiatrie de Paris*. Séance du 7 juillet 1942, page 99.)

Observation (résumée)

Enfant de quatre ans qui, à la suite d'une plaie du genou, d'apparence banale, présenta une volumineuse adénopathie crurale et iliaque. La constatation de BK dans la plaie cutanée et le pus ganglionnaire, une cuti-réaction phlyctenulaire prouvèrent la nature tuberculeuse des lésions.

Cet enfant s'était blessé en tombant sur le sol de l'école souillé par les expectorations des adultes qui viennent y chercher leurs cartes d'alimentation.

Dans une observation de Lesné un enfant a présenté un chancre du genou à la suite d'une plaie par chute sur un marchepied de tramway souillé par des expectorations bacillifères.

Une petite malade de Déneke a fait un chancre à la suite d'une blessure par un fragment de crachoir appartenant à sa mère atteinte de tuberculose ouverte.

Pour que ces facteurs réalisent une primo-infection il faudra que le sujet présente un terrain vierge de toute atteinte bacillaire antérieure ce que démontrera l'existence d'une cuti-réaction négative avant l'apparition de la lésion cutanée. C'est pour cette raison que le chancre d'inoculation cutané tuberculeux se rencontre surtout chez des enfants en bas âge, voire même chez des nourrissons.

## ÉTUDE CLINIQUE

Pour porter le diagnostic de lésion primaire, Ribadeau-Dumas exige « la constatation de la double lésion : lésion cutanée ou muqueuse, adénopathie satellite et constatation de l'agent pathogène en cause. »

Comment vont se présenter cliniquement les deux éléments symptomatiques du complexe primaire : le chancre et le ganglion satellite ?

L'apparition de la lésion cutanée est toujours précédée d'une période d'incubation. La durée de cette période est, le plus souvent, très difficile, voire même impossible à préciser ; dans la plupart des cas l'enfant a vécu en contact permanent avec le contaminateur et il est, par conséquent, impossible de connaître la date exacte de l'inoculation. Parfois cependant la date a pu être précisée parce qu'il y avait eu un seul contact ou parce qu'il s'agissait d'une inoculation accidentelle. Tel est le cas du jeune malade de Déneke. blessé par un fragment de crachoir, chez qui la période d'incubation a été de six semaines. Un petit malade de Tchernning, victime d'un accident analogue, a fait un chancre tuberculeux quatorze jours après sa blessure.

Un enfant traité par Boeck a présenté un chancre d'inoculation typique du pouce, quatre mois après avoir eu un contact unique avec un malade atteint de tuberculose ouverte.

Les observations de chancres après circoncision ont la valeur d'une inoculation expérimentale et ont permis souvent de connaître la durée exacte de l'incubation. Pour Lehmann. qui en a observé dix cas, la durée serait de huit à douze jours ; pour Zarubin, de trois semaines ; et pour Eve, de deux mois et demi. Il résulte donc que la durée assignée à cette période d'incubation est de huit à douze jours, quatorze jours, trois semaines, deux mois et demi, quatre mois suivant les auteurs.

On peut voir, d'après ces quelques observations, que la durée d'incubation de la primo-infection tuberculeuse cutanée varie considérablement suivant les cas, de même d'ailleurs que pour la tuberculose primaire pulmonaire.

Cette variation de temps est sous la dépendance de la dose de bacilles inoculés, la période d'incubation étant d'autant plus courte que la quantité de bacilles inoculés est plus considérable. Cette notion a été confirmée par les recherches de MM. Robert Debré, Paraf et Dautrebande sur la tuberculose expérimentale du cobaye. Certains auteurs font également intervenir la notion de virulence du germe et celle du rôle des pyogènes associés.

L'aspect de la lésion au début varie suivant qu'elle survient à la suite d'une érosion minime souvent passée inaperçue ou est consécutive à une plaie.

Dans le premier cas, on voit d'abord survenir une érosion minime ou plus rarement une pustule acnéiforme. La lésion s'accroît ensuite progressivement jusqu'à acquérir son aspect définitif.

Dans le deuxième cas, on voit la plaie, imparfaitement ou complètement cicatrisée, s'ouvrir à nouveau et prendre rapidement les caractères d'une ulcération.

La lésion constituée, quel que soit son mode de début et son siège, se présente presque toujours sous l'aspect d'une croûtelle brun noirâtre qui recouvre une ulcération de forme irrégulièrement arrondie. L'ensemble peut prendre les caractères d'une efflorescence d'ecthyma. Les bords sont décollés, de couleur rougeâtre ou cyanotiques. Lorsque la croûtelle est tombée, le fond de l'ulcération apparaît comme un peu inégal, tomenteux, mais non bourgeonnant, de couleur rouge violacée, parfois recouvert de débris grisâtres ou d'une sécrétion purulente peu abondante.

Les dimensions de l'ulcère, variables suivant les cas, ne dépassent généralement pas 1 centimètre de diamètre ; exceptionnellement il s'agit d'ulcères géants pouvant même prendre le caractère phagédénique comme l'ont observé Holt et Arbuck.

Cet ulcère est assez superficiel, peu profond et ne repose pas sur une base indurée. Le fond et les bords sont de consistance molle. Il est légèrement douloureux au toucher.

Dans des cas beaucoup plus rares, la lésion se présente comme une érosion à base un peu indurée, pouvant simuler un chancre syphilitique comme Brock et Milian en ont observé des cas, ou sous l'aspect d'une simple pustulette acnéiforme. Elle peut enfin revêtir l'aspect verruqueux comme dans une observation de Dubreuilh et Auché et dans celle de MM. Milian et Delarue où il s'agissait d'un enfant de dix-sept mois, porteur d'une lésion verruqueuse du lobule de l'oreille. Nous reparlerons de ceci aux formes anormales du chancre et discuterons au sujet de leur étiologie particulière.

Toujours, quel que soit son aspect, la lésion cutanée s'accompagne d'une adénopathie satellite. Elle est d'abord représentée par une masse plus ou moins volumineuse, dure, indolore, mobile sur les plans profonds, et non adhérente à la peau. La tuméfaction ganglionnaire apparaît plus tard que la lésion cutanée, mais coexiste avec elle à un même moment, réalisant le « complexe primaire ». Il est à remarquer que la masse ganglionnaire est généralement très volumineuse par rapport au chancre souvent minime. C'est ce que nous avons noté dans notre observation personnelle n° I.

Ce ganglion passera comme toutes les adénopathies tuberculeuses par les stades de crudité, ramollissement et fistulisation.

Au point de vue bactériologique, un fait remarquable est la richesse en bacilles de Koch du chancre d'inoculation et du ganglion satellite. Le bacille a été trouvé en abondance à l'examen du produit du râclage de l'ulcération, dans l'observation de Lelong, Lamy et M^lle^ Gauthier-Villars comme nous allons le voir, de même que dans l'observation de Janet, M^me^ Odier Dollfus et Wolinietz ; on l'a trouvé également à la biopsie de la lésion cutanée dans l'observation III de Cibils Aguirre que nous allons citer dans un instant.

C'est surtout dans le pus du ganglion satellite que le bacille de Koch est trouvé en abondance comme en font foi presque toutes les observations mentionnées. Dans notre observation personnelle l'examen direct du pus ganglionnaire montra la présence de quelques B. K. et l'ensemencement permit l'identification de bacilles humains.

Dans le premier cas de primo-infection étudié par Hallé, le pus ganglionnaire fourmillait à un tel point de bacilles gar-

dant le Gram que l'auteur se refusait à croire qu'il s'agissait de bacilles de Koch.

Il suffit de faire une petite injection de sérum physiologique dans le ganglion et de retirer le contenu pour faire un étalement d'une richesse extraordinaire en bacilles de Koch.

L'inoculation du pus au cobaye se montre toujours positive ainsi que son ensemencement sur milieu idoine.

Cette richesse en bacilles du pus ganglionnaire de primo-infection s'oppose à la stérilité habituelle du pus prélevé dans les adénopathies froides banales, et constitue un bon guide pour distinguer l'une de l'autre les deux lésions.

Voici quelques observations illustrant les caractères cliniques précités du « complexe primaire cutané tuberculeux »

I Cibils Aguirre (*Société de pédiatrie de Paris*. Séance du 16 novembre 1937, page 640. Observations III et V.)

Observation 1 (résumée)

Fille de huit mois en contact avec un tuberculeux confirmé. Après le premier mois de contact apparait, à l'avant-bras gauche, une petite lésion de la peau. Vingt jours après engorgement des ganglions axillaires correspondants. Mantoux positif. Examen radiographique du poumon normal.

La lésion cutanée à allure torpide persiste avec les caractères suivants : « Au tiers inférieur de la face antérieure de l'avant-bras gauche on voit une lésion allongée, à grand axe transversal de 3 cm. sur 1 cm. de large, de couleur rose pâle, translucide, présentant à la partie médiane une fine desquamation. A la périphérie on voit quelques petits éléments de la grosseur d'une pointe ou d'une tête d'épingle, de couleur plus pâle que le reste de la lésion et brillants à jour frisant. Au toucher on perçoit un léger relief et une infiltration franche. L'aspect rugueux de la surface donne l'impression que la lésion est faite de la confluence de micro-éléments. A la vitro pression, le centre est d'une coloration brunâtre. Il s'agit d'une lésion tuberculeuse. » (Chaire de Dermatologie du Dr Baliña. Au deuxième mois, le ganglion axillaire se met à suppurer et l'examen de ce pus montre la présence de BK. L'examen biopsique de la lésion cutanée montre la structure histologique d'une lésion tuberculeuse et la présence de bacilles de Koch.

Trois mois et demi après l'apparition du chancre, l'enfant meurt de méningite tuberculeuse.

Observation 2 (résumée)

Enfant de cinq ans en contact avec un père atteint de tuberculose ouverte.

En embrassant l'enfant sur la joue droite, son père la blesse légèrement, en mars 1931. Au début de mai, tuméfaction des ganglions sous-maxillaires droits et apparition d'érythème noueux quelques jours après.

Le 10 juillet 1931 l'enfant présente une lésion de la joue, de la grosseur d'une lentille, constituée par une perforation centrale de la grosseur d'une tête d'épingle, limitée par une zone squamo-croûteuse entourée à son tour par une zone de peau violacée.

Réaction de Mantoux positive intense.

En août, le ganglion se fistulise.

En mai 1932, la lésion de la joue est guérie et, en octobre, la lésion ganglionnaire l'est également.

II Léon Bernard, Marcel Lelong, Maurice Lamy et M[lle] Gauthier-Villars. (*Annales de médecine*, décembre 1931, pages 401-420.)

Observation 1 (résumée)

L'enfant Dur..., âgée de dix mois, entre, le 31 août 1928, à la crèche de l'hôpital Laennec, en même temps que sa mère atteinte de tuberculose pulmonaire.

A l'examen nous constatons l'existence d'une ulcération siégeant sur la face antérieure du thorax, au devant du sternum, légèrement à gauche de la ligne médiane. Elle est ovalaire, à grand axe vertical ; ses dimensions sont de 8 millimètres sur 4. Les bords de l'ulcération sont minces, décollés, de coloration violacée, entourés d'une zone de desquamation. Il s'agit, à vrai dire, plutôt d'une érosion que d'une ulcération vraie.

Le fond est rosé, lisse, propre, sans suppuration, mais saignant facilement ; il n'est pas creusé, il est presque végétant, papillomateux. La lésion repose sur une base non indurée, parfaitement souple, mobile sur les plans profonds.

Dans l'aisselle gauche, sur la face interne du creux, il existe un paquet ganglionnaire assez volumineux. Les ganglions agglomérés forment une masse dure, irrégulièrement bosselée, dont les dimensions atteignent celles d'une noix. Cette masse est indolore : elle est mobile sur les plans profonds et n'adhère pas à la peau dont l'épaisseur et la coloration sont normales.

Cette lésion, aux dires de la mère, évolue depuis quinze jours environ. D'abord insignifiante, elle s'est agrandie en surface, mais sans creuser profondément, en même temps que s'accusait davantage la tuméfaction de l'aisselle.

Le reste de l'examen donne un résultat à peu près négatif. Le

poids de l'enfant est faible (7 kg. 300 à dix mois) mais on ne constate chez elle aucun autre symptôme anormal, sauf un léger chapelet costal et une rate palpable. L'apyrexie est complète et l'état général satisfaisant. L'image radiographique du thorax est normale. Une première culti-réaction pratiquée à la fin de l'été est négative. Répétée huit jours plus tard, elle donne un résultat nettement négatif.

Dans la suite, la lésion subit les modifications suivantes : l'ulcération tend peu à peu à se cicatriser par bourgeonnement du fond et rapprochement des bords. La cicatrisation, au bout de deux mois, parut à peu près complète, le chancre initial n'étant plus représenté que par une zone déprimée, de coloration cuivrée et recouverte de fines squames. En fait, nous n'observâmes jamais une cicatrice absolument complète et stable et nous notâmes toujours, après l'ablation des squames, la persistance d'une petite érosion rouge violacé, saignant facilement.

Les ganglions axillaires augmentèrent légèrement de volume mais surtout se ramollirent assez rapidement. En même temps, la peau de la région s'amenuisait et perdait sa coloration rosée. Nous dûmes procéder à un drainage filiforme qui permit d'évacuer quelques centimètres cubes de pus grumeleux et mal lié. Une fistule s'établit consécutivement sans tendance à l'obturation.

Au bout de cinq mois, à la fin de décembre 1927, la situation était la suivante : la cicatrisation de l'ulcération demeurait incomplète, la fistule de l'aisselle persistait. D'autre part, l'état général de l'enfant continuait à être relativement satisfaisant : son poids était passé de 7 kg. 300 à 8 kg. 700. Il n'existait aucun autre signe anormal, pas de fièvre, aucun symptôme de localisation pulmonaire. Sur plusieurs clichés radiographiques, l'image thoracique était normale.

Au début du mois de janvier 1929, la mère était décédée ; l'enfant fut reprise par son père. Nous avons su qu'à la fin de janvier elle fut admise à l'hôpital Bretonneau et mourut dans le service de M. le docteur Guillemot d'une broncho-pneumonie d'apparence banale. L'autopsie ne put être pratiquée.

### Observation 2 (résumée)

L'enfant Jacqueline F..., âgée de quatre mois, entre à la crèche de l'hôpital Laennec le 7 janvier 1930. Sa mère est porteuse d'une tuberculose pulmonaire ouverte. Elle a vécu jusque là en contact intime avec son enfant qu'elle embrassait fréquemment.

Vers le 20 novembre, elle remarque sur la joue gauche de l'enfant l'existence d'une petite ulcération qui, depuis cette date, n'a cessé de s'étendre en largeur et de se creuser en profondeur.

A l'examen, le 7 janvier 1930, nous constatons, à la partie antérieure et inférieure de la joue gauche, l'existence d'une ulcération ovalaire à grand axe vertical dont les dimensions atteignent 8 mm. sur 4 mm. Il s'agit d'un ulcère assez profond et non d'une simple érosion. La lésion ne repose pas sur une base indurée, mais on perçoit, par la palpation, une légère infiltration sous-dermique qui déborde nettement les limites de l'ulcération. Celle-ci est recouverte d'une croûtelle noirâtre et entourée d'un bourrelet rougeâtre légè-

rement saillant. De plus, nous trouvons dans la région sous-mentale, un peu à gauche de la ligne médiane, deux ganglions durs, mobiles, sans adhérence ni à la peau, ni aux plans profonds, et du volume d'une noisette.

Le reste de l'examen montre seulement qu'il s'agit d'un nourrisson débile porteur d'une rate un peu augmentée de volume. La cutiréaction se montre positive.

Les jours suivants nous avons observé la chute de l'escarre et assisté à une cicatrisation presque complète. Les ganglions sous-mentaux sont demeurés sans modifications. Mais alors l'état général s'est rapidement altéré, et l'enfant est morte le 18 janvier de généralisation tuberculeuse, l'examen radiologique montrant alors un semis de taches dans les deux poumons.

Le prélèvement des ganglions sous-mentaux a révélé l'aspect typique des ganglions caséeux tuberculeux. Sur les coupes histologiques, présence de nombreux bacilles acido-alcoolo-résistants. L'inoculation de fragments ganglionnaires au cobaye s'est montrée positive.

### Observation 3 (résumée)

Enfant de vingt-trois mois ayant vécu en contact permament avec son père atteint de tuberculose pulmonaire ouverte. L'enfant a été bien portant jusqu'à l'âge de dix-huit mois où il a contracté une rougeole.

Depuis deux mois il existe, sur la joue droite, une lésion qui paraît n'avoir aucune tendance à la cicatrisation. C'est une ulcération dont les dimensions ne dépassent pas celles d'une pièce de 50 centimes, recouverte d'une croûte noirâtre et reposant sur une base légèrement infiltrée. Il existe dans la région sous-maxillaire droite une adénopathie représentée par un ganglion assez dur, sans adhérence à la peau ni aux plans profonds, et dont le volume atteint celui d'une petite noix.

Le reste de l'examen ne décèle rien d'anormal. L'enfant est pâle et amaigri. L'examen radiographique du thorax est normal. La cutiréaction est positive.

On a mis en évidence la présence de bacilles de Koch dans le produit de raclage de l'ulcération.

Evolution : cicatrisation progressive débutant par la périphérie et réduisant peu à peu la surface de l'ulcère.

L'adenopathie, après avoir longtemps persisté sans modification, a fini par regresser parallèlement.

Au bout de six mois, la cicatrisation de la lésion cutanée est complète et l'on ne trouve plus dans la région sous-maxillaire qu'un ganglion du volume d'un pois.

La cuti-réaction est toujours positive.

L'état général s'est amélioré.

L'examen radiologique du thorax est normal.

Au point de vue anatomo-pathologique, le chancre d'inoculation cutané tuberculeux présente l'aspect classique du

granulome tuberculeux, c'est-à-dire d'une masse constituée par des nodules épithéloïdes, entourés par une couche de cellules lymphocytaires avec cellules géantes et fréquemment présence de bacilles de Koch comme nous l'avons déjà dit.

L'examen du ganglion montre une adénopathie tuberculeuse typique à un stade plus ou moins avancé de son évolution.

Tel est l'aspect le plus typique de la primo-infection cutanée tuberculeuse, celui que l'on retrouve dans la plupart des observations.

## DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

En présence de ce « complexe primaire cutané tuberculeux » on éliminera facilement le chancre mou, l'ecthyma, le furoncle, l'impétigo, la gomme syphilitique d'aspect caractéristique sans adénopathie satellite.

Il sera plus difficile d'en différencier le chancre syphilitique ; on le reconnaîtra au fait qu'il repose sur une base indurée et qu'on y met en présence le tréponème au lieu du bacille de Koch.

## FORMES CLINIQUES

Il peut cependant exister des formes anormales du complexe primaire dont plusieurs, du reste, prêtent à discussion.

1° *Les complexes décapités.*

Calmette avait montré par des inoculations conjonctivales que le bacille de Koch pouvait passer dans l'organisme sans produire de lésion locale, d'où la possibilité de tuberculose décapitée, notion encore peu classique en phtisiologie à l'heure actuelle.

Les expériences de Calmette, Courmont, Lesieur et Huelschmann ont montré également que le bacille de Koch pouvait traverser la peau sans produire de chancre au point d'inoculation. Ce phénomène serait peut-être sous la dépendance de la quantité de bacilles inoculés. Des expériences ont prouvé en effet que lorsqu'on inocule des doses extrêmement faibles de bacilles, la peau reste indemne et l'adénite régionale caractéristique ne survient qu'après plusieurs semaines ou plusieurs mois.

La virulence des germes intervient aussi probablement dans la réalisation de ce phénomène. Nous constatons en effet chaque jour que le B. C. G., germe atténué, traverse la peau sans laisser de trace sauf la petite cicatrice pigmentée cheloïdienne qu'on note après la vaccination et ne produit jamais d'adenopathie (notre curieuse observation semble cependant faire exception à cette règle générale). Dès lors ne pourrait-on pas rencontrer des complexes primaires décapités où, le bacille de Koch ayant traversé la peau sans produire de chancre d'inoculation, on se trouverait uniquement en présence d'une adénopathie de primo-infection dont le pus renfermerait du B. K.

La réalité de tels cas est prouvée par ces deux observations :

M. Raul Cibils Aguirre (*Bulletin de la Société de pédiatrie de Paris*. Séance du 16 novembre 1937, page 640.)

Observation 1 (résumée)

O. R..., fille de neuf ans, avec adénite inguinale suppurée, chronique, sans porte d'entrée visible. Mantoux positif. Examen radiographique du thorax négatif. On pense à la maladie de Nicolas Favre, mais le Frei est négatif.

Par contre, l'examen direct de la sérosité ganglionnaire révèle l'existence de BK. L'inoculation au cobaye est positive.

Observation 2 (résumée)

H. R..., fille de cinq ans, est en contact avec un frère présentant une expectoration bacillifère. Depuis deux ans, lésion torpide de la joue gauche avec tous les caractères d'un processus tuberculeux. Etant donné son siège, on peut penser à une adénite tuberculeuse du ganglion génien. Il manque la porte d'entrée. Mantoux positif. Examen radiographique du thorax négatif. L'inoculation et la culture de la sérosité sont positives.

Ces complexes décapités bien qu'existant réellement sont cependant fort rares comme d'ailleurs toute tuberculose décapitée ; il s'agit le plus souvent de complexes primaires cachés, fugaces.

Notre observation personnelle n° II ne semble-t-elle pas à première vue réaliser un complexe primaire décapité par son adénopathie axillaire tuberculeuse fistulisée sans chancre cutané. Cependant l'aspect de la scarification a été légèrement atypique, présentant une petite pigmentation avec amincissement de la peau, puis bientôt l'aspect lupoïde. Ne peut-on dès lors le considérer comme une ébauche de chancre et l'ensemble : ganglion, plus minuscule lésion cutanée comme un complexe primaire atténué ?

2° *Formes d'après l'aspect clinique du chancre.*

Que doit-on penser maintenant de lésions cutanées telles que les lupus, les gommes, la tuberculose verruqueuse ?

Ces manifestations cutanées, bien connues au cours de la tuberculose de surinfection, où elles constitueraient pour certains auteurs un véritable phénomène de Koch, peuvent-elles se manifester lors de la primo-infection cutanée et dans quelles circonstances ?

La question est très discutée pour les lupus. Il est possible croyons-nous, de voir la lésion considérée, au début, comme un chancre d'inoculation tuberculeux typique, prendre au cours de son évolution l'aspect d'un lupus.

Tel est le cas rapporté dans notre observation personnelle n° I.

Tel également le cas suivant rapporté par Cibils Aguirre (*Bulletin de la Société de pédiatrie de Paris*. Séance du 16 novembre 1937, page 640. Observation IV.)

Observation (résumée)

D. A..., âgée de cinq ans. Sans notion de contagion.

Il y a six mois est apparue une petite lésion cutanée, à la cuisse gauche, qu'on avait pris pour un simple furoncle. Trois semaines après, engorgement considérable des ganglions de l'aine du côté correspondant qui se fistulisent par la suite. Mantoux positif.

Examen radiographique du thorax négatif.

Six mois après le début, la lésion de la peau présente les caractères suivants : « Il existe à la face interne de la cuisse gauche une plaque ovalaire de deux centimètres constituée par un conglomérat de micro-tubercules allant de la grosseur d'une pointe d'épingle à une tête d'épingle. Ces éléments ont évolué à la partie centrale de la lésion en laissant une discrète cicatrice. La vitro-pression montre la coloration « sucre d'orge » des éléments. Il n'y a pas d'infiltration et l'épreuve de l'épingle donne les signes du lupome (Chaire de Dermaologie du Dr Baliña).

La biopsie de la lésion cutanée montre l'aspect typique du granulome tuberculeux, celle d'un ganglion montre qu'il s'agit d'une adénopathie tuberculeuse en fusion caséeuse. »

Dans la séance du 16 mars 1937 de la Société nationale de Médecine des hôpitaux de Lyon, M. J. Gaté rapporte le cas d'une enfant de trois ans, saine et sans antécédents tuberculeux qui fit un lupus de la joue après avoir joué avec du sable dans lequel crachait un tuberculeux.

L'auteur semble éliminer un peu arbitrairement, pensons-nous, une primo-infection pourtant vraisemblable dans ce cas.

Notre observation personnelle n° I entre également dans ce cadre des lupus de primo-infection et de ce fait prête à discussion comme nous l'avons déjà signalé.

M. Gaté étudie également dans la même séance les gommes et les tuberculoses verruqueuses.

Au sujet des premières, il cite le cas de Coppez où une femme, trayant habituellement une vache atteinte de mammite tuberculeuse, se blesse un jour à la main et fait à ce niveau une ulcération tuberculeuse, puis des gommes de même nature. Il est possible que cette ulcération initiale puisse être retenue comme une primo-infection et que les gommes ultérieurement apparues aient été déterminées par l'origine bovine et peut-être par le caractère peu virulent des bacilles infectants.

Un malade de Legrain fit une gomme au point du tégument où il s'était piqué avec l'aiguille d'une seringue de Pravaz ayant servi à faire des injections de gaïacol à un tuberculeux.

On peut dans ces deux observations discuter s'il s'agit de primo-infection ou de surinfection. Il semble bien difficile de conclure, en l'absence de cuti-réaction antérieure à la contamination accidentelle.

Ces cas sont d'ailleurs tout à fait exceptionnels, les gommes étant pratiquement le type de la tuberculose cutanée hematogène.

Le problème est peut-être plus délicat pour la tuberculose verruqueuse et son homologue le tubercule anatomique. Si l'origine hematogène de ces lésions a été soutenue, elle semble en réalité très rare, il s'agit le plus souvent d'infection d'origine externe par auto ou hétéro-inoculation. Dans ce dernier cas, ne peut-il s'agir parfois de primo-infection La chose semble possible ; en effet, expérimentalement Courmont a pu produire des lésions cutanées verruqueuses de primo-infection par inoculation cutanée superficielle à un cobaye avec grosse réaction ganglionnaire. Cette réaction ganglionnaire très importante existe également dans les cas de tuberculose cutanée verruqueuse humaine ; tel le cas de cet enfant de dix-sept mois qui présentait une lésion verruqueuse du lobule de l'oreille, rapporté par Milian et Delarue

Les lésions de primo-infection de ce type correspondraient à une inoculation cutanée superficielle.

3° *Formes suivant le siège.*

Nous avons vu que le chancre d'inoculation cutané pouvait siéger en n'importe quel point du corps ; assez souvent on le trouve au niveau de la face (joue, racine du nez, menton) comme nous l'ont montré les observations précitées ; ceci s'expliquant par la fréquence avec laquelle le baiser est à l'origine de l'inoculation bacillaire.

Un siège assez spécial est le chancre du prépuce survenant après la circoncision : la lésion tuberculeuse apparaît alors sur le prépuce cicatrisé ou non sous la forme de petites tumeurs irrégulières, grisâtres, qui s'étendent peu à peu à toute la surface cruentée (Lehmann).

4° *Formes suivant l'âge.*

Comme toute lésion de primo-infection, le chancre cutané tuberculeux survient le plus souvent chez l'enfant en bas âge.

On le rencontre chez le nourrisson parfois très jeune : l'enfant observé par Langlois n'avait que deux mois ; un malade de Cibils Aguirre était âgé de cinq mois et demi, celui de Lelong, Lamy, Léon Bernard et M^lle^ Gauthier-Villars avait quatre mois. Le nourrisson de notre observation personnelle n° I était âgé de six mois lors de l'apparition de la lésion Ces formes du nourrisson n'offrent d'autre particularité que leur évolution souvent grave.

On observe également le chancre d'inoculation cutané tuberculeux dans la seconde enfance. Un malade de Cibils Aguirre avait cinq ans, un autre sept ans.

Enfin, cette lésion peut être rencontrée chez l'adulte jeune exempt jusque là de toute contamination tuberculeuse.

Ces dernières formes sont généralement bénignes.

L'aspect clinique de la lésion cutanée et ganglionnaire semble être le même à tous les âges ; on ne peut, d'après les observations compulsées, noter aucune particularité à cet égard.

## ÉTAT GÉNÉRAL
## ET RÉACTIONS BIOLOGIQUES

Durant l'évolution du « complexe primaire tuberculeux » l'état général est le plus souvent conservé ; parfois il existe un léger état fébrile ou subfébrile, de la fatigue, de l'amaigrissement. Ces manifestations semblent surtout survenir au moment de la suppuration ganglionnaire.

Du point de vue pulmonaire, la plupart des observations de la littérature, de même que nos cas personnels nous apprennent qu'il y a intégrité radiologiquement constatable : pas d'adénopathies, pas d'altération parenchymateuse. Seule cette observation de Lesné, consignée dans la thèse de M^me^ Colin-Letailleur. (*Thèses de médecine de Paris*, 1931. Observation IV) est en opposition avec cette règle générale :

M^lle^ A... est examinée pour la première fois en mai 1925, à l'âge de 13 mois, pour une ulcération suppurante de la région cervicale inférieure gauche. Cette ulcération a débuté cinq mois auparavant, c'est-à-dire à huit mois. Les bords sont violacés, décollés, c'est cliniquement une ulcération tuberculeuse.

A 15 mois une adénite suppurée de la région cervicale moyenne du même côté fut la signature de la primo-infection cutanée. L'enfant présente en même temps un peu de bronchite bilatérale, elle a maigri, a du stridor et du cornage et des poussées fébriles.

L'examen radiographique du thorax décèle une volumineuse ombre hilaire et périhilaire droite sans rien d'apparent dans les champs pulmonaires à distance du hile.

La cuti-réaction est phlyctenulaire ; une biopsie au niveau de la plaie cervicale montre des follicules tuberculeux avec cellules géantes, le pus de cette plaie renferme du BK et l'inoculation du pus ganglionnaire au cobaye est positive.

Evolution ultérieure vers la guérison par radiothérapie et traitement général. La lésion hilaire a évolué vers la calcification.

On notera dans ce cas le siège de la lésion initiale au niveau de la région cervicale inférieure gauche, expliquant vraisemblablement l'atteinte des ganglions du hile par simple propagation lymphatique.

Quelles vont être les modifications biologiques imprimées à l'organisme par l'apparition de ce « complexe primaire ? »

La cuti-réaction devient positive de douze jours à plusieurs semaines après l'apparition de la lésion, assez fréquemment trois semaines après. Les causes de ce retard ont été discutées : peut-être s'agit-il d'une sensibilité insuffisante à la réaction, l'intradermo-réaction serait positive plus tôt. Peut-être, lorsqu'il s'agit d'enfants très jeunes, faut-il accuser le peu de sensibilité des téguments. On sait en effet que les réactions de Schick et de Dick peuvent être également faussement négatives chez le nourrisson de quelques semaines et que la cuti-réaction est négative chez le nouveau-né atteint de tuberculose congénitale.

En réalité, le mode de constitution des lésions anatomiques et des réactions biologiques est différent. Alors que la lésion anatomique se constitue progressivement, la réaction biologique se révèle tout d'un coup et les observations faites sur les lésions cutanées donnent à penser que la réaction, tout en étant en gros contemporaine de la lésion, ne se déclare que lorsque celle-ci s'est largement édifiée.

Une fois établie, la cuti-réaction est fortement positive, prenant l'aspect maculo-papuleux et même souvent phlycténulaire. C'est ainsi que nous avons constaté chez la jeune enfant citée dans l'observation personnelle n° I une cuti-réaction fortement papuleuse.

Doit-on en déduire, comme le fait M^me^ Colin-Letailleur dans sa thèse, qu'il existe une relation entre l'intensité particulièrement forte de cette cuti-réaction et la localisation cutanée de la lésion ? Nous savons en effet que dans la plupart des lésions tuberculeuses cutanées, la réaction de Pirquet est fortement positive. Cependant il en est de même à la fin de la période primaire et au début de la période secondaire de Ranke quelqu'ait été le siège de la lésion initiale, car il existe dans cette période une hyperallergie des plus nettes. Il nous semblerait donc assez logique de penser que la forte intensité de la cuti-réaction au cours du « complexe primaire cutané » soit sous la dépendance de cette hyperallergie et sans relation avec la localisation cutanée du chancre.

## ÉVOLUTION

Les anciens auteurs considéraient le chancre cutané tuberculeux comme incurable.

En réalité, comme le montrent les observations rapportées, l'évolution est variable et plusieurs éventualités doivent être considérées.

Dans certains cas favorables, on voit la lésion primaire se cicatriser progressivement, de même que la fistule ganglionnaire ; la guérison définitive survenant en cinq ou six mois. L'enfant est guéri, mais reste tuberculisé. Parfois cette évolution est plus lente, la suppuration ganglionnaire pouvant durer un ou même deux ans, mais n'en est pas moins favorable.

Le chancre laisse après lui une cicatrice violacée, souple, parfois squameuse ou même granuleuse.

Dans certains cas enfin, on voit le complexe persister, d'autres lésions bacillaires apparaître (pulmonaires, osseuses ou autres) et l'enfant mourir de généralisation tuberculeuse. Parfois, et ceci est d'autant plus fréquent que l'enfant est plus jeune, on voit survenir rapidement, à la suite de l'apparition de la lésion cutanée, des manifestations de dissémination tuberculeuse par voie hématogène telles qu'érythème noueux et surtout méningite qui emporteront le petit malade.

Tel est le cas de l'enfant suivi par Cibils Aguirre qui fit un chancre cutané tuberculeux de l'avant-bras gauche à l'âge de cinq mois et demi et mourut trois mois et demi plus tard d'une méningite tuberculeuse.

Langlois rapporte un cas analogue chez un enfant ayant fait un chancre d'inoculation à l'âge de deux mois.

Dans une autre observation de Cibils Aguirre, on voit un enfant de cinq ans faire un chancre d'inoculation de la joue ; deux mois après, un érythème noueux, et six mois plus tard, une éruption de lichen scrofulosorum, le tout évoluant vers la guérison.

## PRONOSTIC

On voit donc que le pronostic de la primo-infection tuberculeuse à localisation cutanée chez l'enfant est variable, comme celui de toute tuberculose primaire sur un terrain peu résistant. Il semble cependant, que dans l'ensemble, il soit meilleur que celui de la tuberculose primaire par inhalation. Les statistiques établies au sujet de cette dernière montrent une mortalité allant de 87 à 24 % chez le nourrisson.

Dans la statistique de Ernst Wolff, portant sur cinquante-huit enfants inoculés dans les premiers mois de la vie (après circoncision), on relate une mortalité de 41,3 %, chiffre nettement moins élevé que lorsqu'il s'agit de tuberculose par inhalation contractée au même âge.

Il faut en effet dans le pronostic tenir compte d'un facteur essentiel : l'âge de l'enfant et l'on peut dire que la primo-infection cutanée généralement bénigne dans la seconde enfance, lorsqu'elle survient chez le nourrisson est moins grave que la tuberculose pulmonaire, mais n'en demeure pas moins une lésion dont le pronostic doit être extrêmement réservé par suite de la fréquence de la généralisation tuberculeuse à cet âge et en particulier de la méningite, la mortalité étant de 50 % environ.

## TRAITEMENT

Les traitements proposés sont variés.

On a essayé l'intervention chirurgicale : excision de l'ulcère et curage ganglionnaire. Fernbach prétend avoir obtenu ainsi la guérison en trois mois. Mais cette méthode est dangereuse, il peut ne pas y avoir de cicatrisation, on voit persister la fistule avec infection secondaire et généralisation tuberculeuse. On tend aujourd'hui à l'abandonner

Pour Wolff, il faut éviter l'exerèse chirurgicale et faire la radiothérapie de l'ulcère à dose progressivement croissante et en pratiquant des séances de quinze à vingt jours d'intervalle. Les rayons doivent être dirigés exclusivement sur la région du chancre. Il a ainsi obtenu la cicatrisation rapide de l'ulcère dans deux cas traités. En cas d'adénopathie suppurée : ponction suivie d'injection de glycérine iodoformée.

Schick conseille l'héliothérapie, Fedder les rayons ultraviolets, Rist, Dubreuil et Auché la galvano-cautérisation, Darier emploie la radiothérapie locale et la tuberculinothérapie.

Dans la *Nouvelle pratique dermatologique*, Darier, Sabouraud, Gougerot, Milian, Pautrier, Ravaut, Sezary et Clément Simon donnent les conclusions suivantes : L'électrocoagulation maniée prudemment mais assez largement pour obtenir une destruction suffisante au pourtour et en profondeur, donne une escarre dure et sèche qui détermine l'oblitération des vaisseaux sanguins et lymphatiques, qui a l'avantage de ne pas permettre la pénétration du bacille de Koch en profondeur.

Dans certaines régions particulières (marge de l'anus par exemple), on peut employer des injections sclérosantes de

façon assez énergique pour faire disparaître le plus rapidement possible une lésion très riche en bacilles, pouvant être le point de départ de complications.

Il est recommandé de faire avant l'intervention un bon attouchement avec le liquide de Bonin.

La galvano-cautérisation et l'attouchement par caustiques chimiques peuvent être employés.

Les attouchements sont répétés tous les jours, ou tous les deux ou trois jours suivant la tolérance du malade, la réaction des lésions, la concentration des produits employés.

Les meilleurs caustiques sont : l'acide lactique en solution aqueuse ou glycérinée à 5 ou 10 %, le naphtol camphré, l'acide trichloracétique, les applications de 15 à 20' de permanganate en poudre ou d'une pâte faite avec permanganate en poudre et glycérine, appliquée deux ou trois fois par semaine.

L'iodoforme quand il est toléré, donne de bons résultats ; on l'utilise en poudre ou en bouillie glycérinée ; il peut rester en pansement permanent.

Dans l'intervalle des attouchements caustiques on fera, deux ou trois fois par jour, des badigeonnages avec une solution de bleu de méthylène à 1 ou 2 % ou avec une solution forte de permanganate de potasse à 1 à 5 %.

Si la chose est nécessaire, on calmera les douleurs avec une solution cocaïnée dans la glycérine.

Nicolas et Pillon utilisent le chlorure de zinc : toutes les trois semaines, après analgésie préalable, ils pratiquent une cautérisation avec un coton imbibé d'une solution de :

| | |
|---|---|
| Chlorure de zinc. . . ..... | 2 grs |
| Alcool à 80° q. s. p..... | 10 |

Les lésions blanchissent. On fait ensuite un badigeonnage à la teinture d'iode pure. Dans l'intervalle des cautérisations on fait des badigeonnages quotidiens avec 10 grammes de teinture d'iode dans 90 grammes d'alcool à 50°.

A ce traitement local, il faudra toujours joindre un traitement tonique général.

Il faudra mettre le malade au repos, instituer une cure d'air (l'altitude moyenne donne de bons résultats) ; certains auteurs (Schick) conseillent de le soumettre à l'héliothérapie ou à son défaut à des séances répétées et fréquentes de rayons UV. Ce dernier traitement n'est peut-être pas sans danger ; en effet, les phénomènes congestifs produits chez les tuberculeux par l'héliothérapie et les UV sont bien connus. Il sera peut-être plus prudent de se contenter de donner largement des médicaments reconstituants tels que vitamine D, huile de foie de morue, sels de chaux, chlorydrate de choline.

## PROPHYLAXIE

Nous avons vu, grâce à plusieurs observations, quels étaient les modes les plus fréquents de contamination chez l'enfant.

La prophylaxie de cette affection sera donc celle de toute tuberculose. On séparera, le plus précocement possible, les enfants de leurs parents malades, on fera comprendre à ceux-ci le danger d'embrasser leurs enfants, ne serait-ce que de temps en temps.

On évitera que les lieux où jouent les enfants ne soient souillés par les expectorations bacillifères des adultes. A cet effet, Marcel Lelong et Lereboullet ont fait émettre un vœu par la Société de pédiatrie de Paris pour que la distribution des tickets d'alimentation et autres réunions d'adultes soient interdites dans les écoles. Le vœu a été émis de nouveau par l'Académie de médecine, mais malheureusement il n'a été que partiellement appliqué.

## CONCLUSIONS

Les deux observations recueillies dans le service de M. le Professeur agrégé Fontan et rapportées dans cette thèse représentent deux formes très atypiques du chancre d'inoculation cutané tuberculeux. Le premier cas, cliniquement un lupus, s accompagne de suppuration ganglionnaire avec présence de BK à l'examen direct (souche humaine). Le nourrisson, âgé de 6 mois, avait reçu le BCG par voie buccale à la naissance. Nous sommes tentés d'attribuer au vaccin la modification du terrain, et par suite celle de la lésion cutanée.

Le second cas est celui d'un nourrisson de 5 mois vacciné par scarification à la naissance, et dont le « complexe primaire » semble correspondre à des lésions lupiques au niveau des traits de scarification et à un abcès froid ganglionnaire maintenant fistulisé. Le BCG aurait manifesté dans ce cas une virulence locale que nous ne lui connaissions pas.

De ces deux observations personnelles, comme des publications antérieures consacrées à la pénétration cutanée du bacille de Koch, nous avons pu dégager un certain nombre de conclusions :

1° Le chancre cutané tuberculeux survient le plus souvent chez un enfant en bas âge, offrant un terrain vierge de toute atteinte tuberculeuse antérieure.

2° Le rôle du milieu est considérable. C'est presque toujours le voisinage d'un tuberculeux avéré à expectoration positive qui explique la contamination, certaines circonstances étiologiques mises à part (circoncision). Le rôle du baiser a été souligné depuis longtemps.

La porte d'entrée passe le plus souvent inaperçue. Plus rarement préexistait une plaie ou autre lésion cutanée banale.

Enfin, le traumatisme cutané et l'inoculation tuberculeuse peuvent être concomitants.

3° Cliniquement, la primo-infection cutanée se manifeste après un temps d'incubation variable de huit jours à quatre mois, sous la dépendance de la quantité de bacilles inoculés.

L'aspect classique du chancre est celui d'une croûtelle brun-noirâtre recouvrant une ulcération de petite dimension à base souple, dont les bords, parfois violacés, sont de consistance molle. Une adénopathie satellite l'accompagne, généralement très volumineuse par rapport à la lésion cutanée ; l'ensemble réalise « le complexe primaire cutané tuberculeux ». L'adénopathie va évoluer du stade de crudité vers le ramollissement, puis la fistulisation.

Du point de vue bactériologique on note la présence fréquente de bacilles tuberculeux dans la lésion cutanée, sa constance et son abondance dans le pus ganglionnaire.

Du point de vue biologique, la cuti-réaction donne une réponse fortement positive.

4° Des formes anormales du « complexe primaire » ont été signalées.

Les « complexes décapités », bien que rares, semblent une entité réelle. Quant aux aspects atypiques du chancre, leur existence est discutée. Si la tuberculose verruqueuse semble pouvoir entrer dans le cadre des lésions de primo-infection cutanée, où elle correspondrait à un mode d'inoculation très superficiel, la question semble beaucoup plus douteuse pour le lupus et la gomme qui sont essentiellement des lésions de surinfection.

5° Le complexe primaire cutané tuberculeux constitue généralement une lésion bénigne, évoluant en quelques mois vers la cicatrisation, sans atteinte ganglio-pulmonaire radiologiquement décelable. Le pronostic reste cependant réservé pour le nourrisson exposé à la généralisation et surtout à la mort par méningite.

6° Les traitements proposés sont multiples. Nous retien-

drons surtout l'électro-coagulation, les injections sclérosantes et les attouchements par caustiques chimiques. La radiothérapie nous semble mériter quelques réserves, mais surtout nous sommes opposés à l'exérèse chirurgicale responsable de généralisation tuberculeuse.

Le traitement général sera celui de la tuberculose de primo-infection essentiellement hygiéno-diététique.

La prophylaxie est également celle de la tuberculose dans le milieu familial et scolaire.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfeindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, et si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : *Le Doyen*,
PIERRE MAURIAC.

Vu, bon a imprimer :
*Le Président de Thèse*,
DUPÉRIÉ.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 11 avril 1944

*L'Inspecteur général de l'Enseignement supérieur*,
*Recteur de l'Académie*
A. LIRONDELLE

## BIBLIOGRAPHIE


Aguirre Cibils. — Six observations de primo-infection tuberculeuse à porte d'entrée cutanée (*Bulletin de la Société de pédiatrie de Paris*. Séance du 16 novembre 1937, p. 640).

Acuna. — Magalhaes Lascario (complejo primaria tuberculoso de la piel (*Revue asoc. méd.* Argent 49 : 1880-1887, 1935).

Amsler (R.). — Primo infection tuberculeuse par voie cutanée avec chancre cutané ; tuberculose verruqueuse par inoculation directe chez deux enfants de quatre ans (*Revue de la Tub. 13* : 1034-1038, décembre 1932).

Amsler (R.) et Jouaffre. — Une nouvelle observation de primo-infection tuberculeuse par voie cutanée (*Arch. Med.*, Angers 41 : 21-25 février 1937).

Barbier. — Des portes d'entrée de la tuberculose (*Gazette Médicale de Paris*, 1888).

Barbier et Picard. — Un cas probable d'inoculation tuberculeuse par voie lymphatique cervicale (*Lyon Médical*, séance du 6 avril 1937, p. 621).

Béthoux, E. Berthet. — Un cas de primo-infection tuberculeuse avec érythème noueux chez une fillette de onze ans. (*Bulletin mém. soc. méd. des Hôpitaux de Paris* 51 : 508-510, avril I, 1935).

Bernard (L.), M. Lelong et Lamy. — Un cas de primo-infection tuberculeuse par voie cutanée chez le nourrisson avec chancre d'inoculation à la peau (*Bull. et Mém. soc. méd. des hôp.*, 2 décembre 1929).

Bernard (L.), M. Lelong, M. Lamy, Mlle Gauthier-Villars. — La primo-infection tuberculeuse par inoculation cutanée (*Ann. de méd.* 30 : 401-420, décembre 1931).

Buckanan (J.) et J. Norman Cruickshank. — *The Glagow médical journal* (juin 1930).

Calmette. — L'infection bacillaire et la tuberculose chez l'homme et chez les animaux (p. 155).

Calmette. — Les voies d'infection de la tuberculose (*Revue de la tuberculose*, 1918, n° 5).

Coffin. — Primo-infection tuberculeuse cutanée et adénite satellite traitées chirurgicalement (*Bull. soc. de pédiatrie de Paris* 32 : 535-541, nov. 1934).

Colin Letailleur (Mme). — Chancre cutané tuberculeux. Thèse de Paris 1931.

Champtaloup. — Tuberculoses cutanées multiples après la circoncision (*Brit. méd. Journal*, avril 1914).

Combe. — La tuberculose du nourrisson (Paris, 1917).

Courmont et Lesieur. — L'inoculation transcutanée de la tuberculose (Société de biologie, 22 juin 1907).

Cros. — De la tuberculose viscérale généralisée consécutive au tubercule cutané (Thèse Toulouse 1898-1899).

Darier, Sabouraud, Gougerot, Milian, Pautrier, Ravaut, Sézary, Clément Smion. — Le chancre tuberculeux (*Nouvelle Pratique dermatologique*, tome III, p. 471).

Debré (Robert), Julien (Marie), Malinsky. — Sur le chancre tuberculeux initial de la peau chez l'enfant (*Revue française de pédiatrie*, tome XIV, n° 1, 1938).

Delille et Wolinetz. — Un nouveau cas de primo-infection cutanée tuberculeuse (*Soc. de pédiatrie de Paris*, séance du 21 décembre 1937. *Revue française de pédiatrie*, tome XIV, n° 1, 1938).

Deneke. — Deuts. *Méd. Woch*, n° 13, 1890

Deutsch. — Thèse Paris 1930.

Dielt. — Un cas de tuberculose cutanée (*Monastsch für Kinderh*, oct. 1921. Bd XXV, p. 27).

Dubreuilh et Auché. — De la tuberculose cutanée primitive par inoculation directe (*Arch. de méd. exp.* 1890, p. 601).

Elsenberg. — Inoculation der tuberculose einem Kinde (Berlin. Klin. Woch., n° 35, 1886).

Fedder. — Monatschr. für Kinderh t. XXXVIII,, fasc. 6, 1926.

Fernbach. — Monatschr. für Kinderh, t. XXXVIII,, fasc. 5, avril 1928, p. 469.

Garnier. — Chancre tuberculeux de primo-infection chez le nourrisson (*Prat. Méd. Franc. II :* 430-445, sept. 1930).

Gaté (M.-J.). — Primo-infection tuberculeuse dans le domaine dermatologique (*Lyon Médical* 1937, séance du 16 mars, p. 577).

Giraud et Vigne Baudourasques. — Lupus verruqueux du doigt avec adénites suppurées épitrochléennes et axillaires chez une enfant de 8 ans tuberculeuse de première inoculation (*Marseille Médical* n° 12, 25 novembre 1937).

Gonzalès, Alvarez, Napul et Aguirre (L.). — Primo-infection tuberculosa a puerta de estrada cutanea (*Arch. Argent. de Pédiat.* II : 395-399, avril 1940).

Hallé (J.) et Garnier. — *Bulletin de soc. de pédiatrie*, 29 avril 1930.

Hanot. — Etude de la tuberculose cutanée (*Arch. de physiologie*, t. II, 1886).

Hofmold. — Ein fall von tuberkulosen geschmür nach des zirkumzision (*Wiener Med. Presse*, 1886, p. 714).

Holt. — Tuberculosis acquired through ritual circumcision (*Journ. of the Amer. Méd. Assoc. Bd* LXI 1913, p. 99).

Janet, Mme Odier-Dollfus et Wolinetz. — Chancre tuberculeux de la face chez un nourrisson (*Bull. soc. de Pédiatrie de Paris* 36 : 235-238, avril 1937).

Jeanselme. — De l'inoculation et de l'auto-inoculation tuberculeuse consécutives aux plaies par morsures (Recherches expérimentales et cliniques sur la tuberculose, 1892).

Kaminsky et Sas. — Complejo primario tuberculoso de la piel (*Arch. Arg. de Péd.* 8 : 497-504, june 1937).

Karmann. — Primo-infection tuberculeuse par voie cutanée chez un enfant de 2 ans ½ (*Presse médicale d'Egypte* n° 396, mai 1937).

Kereszturi et Siegel. — Primary tuberculosis of skin ; report of 2 case (*Am. J. DiDs. Child.* 61 : 847-855, april 1936).

Küss. — Thèse Paris 1898.

Lehmann. — Deutsche Méd. Wochenschrift, 186, p. 144.

Lelong et Lereboullet. — Primo-infection tuberculeuse cutanée par plaie accidentelle du genou (*Soc. de pédiatrie de Paris*, séance du 7 juillet 1942. *Archives franç. de pédiatrie*, t. I, n° 2, 1942-43, p. 99).

Lemierre et Léon Kindberg. — Tuberculose gommeuse disséminée chez un adulte consécutive à une inoculation directe (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des hôp,* 4 avril 1924).

Lesné. — *Bulletin société de Pédiatrie*, juin 1930.

Leuret et Piéchaud. — Le hile pulmonaire point de départ fréquent des reviviscences de la tuberculose à l'adolescence et chez l'adulte (*Journal de médec. de Bordeaux*, 1928, n° 17, p. 663).

Magalhaes. — Complexe primaire tuberculeux de la peau dans l'enfance. La peau porte d'entrée de la tuberculose (*Prensa méd. Argent.* n° du 1er, 8 et 15 juillet 1936. In : *Arch. de Méd. des enfants*, n° 12, décembre 1936).

Miget et J. Odmet. — Les chancres cutanés de primo-infection tuberculeuse (*Gaz. méd. de France et des pays de langue française*, n° 14 et 15, juillet 1933).

Milian et Delarue. — Chancre tuberculeux chez un nourrisson (*Bulletin de la Soc. franç. de Derm. et de syphil.*, 1927, p. 398).

Milian. — Chancre tuberculeux du menton (*Bulletin de dermatologie et syphiligraphie, séance* du 9 novembre 1911, p. 342).

Montgomery et Helmholz. — Primary cutaneous tuberculous complex (Proc. Staff. Meet-Mayo CLI. II : 407-410, june 24 1936).

Péhu et A. Dufour. — Tuberculose médicale de l'enfance (G Doin et Cie, 1927).

Podovissotzkaja et Linnikowa. — De la capacité de résistance de la peau au point de vue expérimental contre le bacille tuberculeux (*Zeitschr. f. tuberk*, t. LII, fasc. 6, 1929, p. 474-483).

Queyrat et Laroche. — Tuberculose ulcéreuse du pouce prise pour un chancre syphilitique (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hôpitaux*, 5 juin 1908, p. 860).

Ribadeau, Dumas et Le Melletier. — Lésion tuberculeuse d'inoculation première de la joue d'aspect lupoïde (*Bulletin soc. de pédiatrie de Paris*, 34 : 83-86, février 1936).

Ribadeau-Dumas. — Traité de pathologie médicale, t XVII, p. 120-121.

Ritzo. — Contribution à l'étude de la tuberculose cutanée (Thèse Paris, 1887).

Schachenmann. — Vier Fälle von primären Haut tuberkulose im Säuglings und Kleikindesalter (*Arch. F. Kinderh.* 116 : 33-53, 1939).

Schick. — Tuberculose nach zircumzision (*Berli. Klin. Woch*, 1918, p. 45).

Sevestre. — Deux cas de tuberculose cutanée chez les enfants (*Soc. de Dermat.*, 11 avril 1890).

Siegl. — Beitrag zur primären Hauttuberkulose im Kindesalter (*Beitr. Z. Klin. D. Tuberk* 83 : 581-590 1933).

Steinhardt. — Ein Fall von tuberkulösen Primäraffekt im Tränensack (*Arch. F. Kinderh.* 112 : 135-139, 1937).

Stokes. — Primare inoculation tuberculosis of the skin with métastasis to régional lymph nodes (*The american Journal of the medical Sciences*, mai 1925, p. 722).

Venturi. — Contributo anna conocenza del complesso primario cutaneo tubercolare (*Dermosifilgrafo*, II : 57-72. Feb. 1936).

Verchère. — Des portes d'entrées de la tuberculose i*Thèse*, Paris, 1887).

Verchère. — Morsure par un sujet tuberculeux (*Etude expérimentale et clinique sur la tuberculose*, 1889).

Wolff. — Uber zircumzicion tuberkulose (*Bern. Klin, Woch*, n° 52, 26 décembre 1921).

Zaruein. — Contribution à la tuberculose consécutive à la circoncision rituelle (*Dermatol. Wochenschrift*, n° 27, 6 juillet 1929).

Les Fichiers du « Monde Médical » nous ont été une précieuse source d'informations pour la constitution de cette bibliographie.

AGEN. — IMPRIMERIE MODERNE, 43, RUE VOLTAIRE (312.318)
U. S. 107. 959